

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 23

LES ACCIDENTS OCULAIRES DE L'HÉMOPHILIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Décembre 1906.

PAR

Théodore-Louis-Pierre-Marcel VERRON

Ancien interne de l'Asile de Saint-Gemmes

Né à Cersay (Deux-Sèvres), le 1^{er} Août 1881

Examineurs de la Thèse	{	MM. BADAL, professeur.....	<i>Président.</i>
		DEMONS, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		LAGRANGE, agrégé.....	
		CHAVANNAZ, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1906

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907

N° 23

LES ACCIDENTS OCULAIRES DE L'HÉMOPHILIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Décembre 1906.

PAR

Théodore-Louis-Pierre-Marcel VERRON

Ancien interne de l'Asile de Saint-Gemmes

Né à Cersay (Deux-Sèvres), le 1^{er} Août 1881

Examineurs de la Thèse

MM. BADAL, professeur.....	<i>Président.</i>
DEMONS, professeur.....	
LAGRANGE, agrégé.....	<i>Juges.</i>
CHAVANNAZ, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... }
 DUPUY..... } Professeurs honoraires.
 FIGUIER..... }

MM.		MM.	
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE	Matière médicale.....	DE NABIAS.
Pathologie et thérapeu-	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
tique générales.....	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi-	
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	que.....	BADAL.
Médecine opératoire..	MASSE.	Clinique des maladies	
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	chirurgicales des en-	DENUCE.
Anatomie pathologique	COYNE.	fants.....	BOURSIER.
Anatomie.....	CANNIEU.	Clinique gynécologique.	
Anatomie générale et		Clinique médicale des	MOUSSOUS.
histologie.....	VIAULT.	maladies des enfants.	DENIGES.
Physiologie.....	JOLYET.	Chimie biologique.....	
Hygiène.....	LAYET.	Physique pharmaceuti-	SIGALAS.
Médecine légale.....	N.	que.....	LE DANTEC.
Physique biologique et		Pathologie exotique....	
électricité médicale.	BERGONIE.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM.	DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....		MOURE.
Clinique des maladies mentales.....		REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. | MM. VERGER.
 MONGOUR. | ABADIE.
 CABANNES.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ...	{ MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT.	Accouchements.....	{ MM. FIEUX. ANDÉRODIAS
------------------------	--	--------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. GENTES. CAVALIÉ.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
		Histoire naturelle....	BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie M. BENECH. | Pharmacie..... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....		RONDOT.
Accouchements.....		ANDÉRODIAS.
Physiologie.....		GAUTRELET.
Ophtalmologie.....		LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....		BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON CAMARADE TALBOT

Souvenirs d'excellentes relations et
d'heureuses années passées ensemble.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre étude, nous voulons exprimer à nos maîtres de l'Ecole de Poitiers et de la Faculté de Bordeaux notre profonde reconnaissance.

Ils nous ont appris le peu que nous savons, mais il nous ont aussi, par leur exemple, donné les plus hautes leçons.

Nous avons appris ainsi les égards que le médecin doit à ses malades ; nous avons vu comment il faut savoir souffrir moralement le mal que le malade souffre pour pouvoir du moins le consoler quand on ne peut pas le guérir.

Le souvenir de nos maîtres nous sera toujours précieux : nous nous le rappellerons souvent, et nous tâcherons de prendre comme exemple leur bonté, leur dévouement, leur probité, leur indulgence pour les autres, leur sévérité pour eux-mêmes.

Nous devons aussi une grande reconnaissance à ceux qui ont dirigé nos premiers pas en médecine mentale et qui nous ont prodigué leurs sages conseils.

Qu'il nous soit donc permis de remercier tout particulièrement M. le docteur Petrucci, ancien directeur, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes, et M. le docteur Baruk, directeur, médecin-chef de l'asile d'aliénés d'Alençon.

Que M. le professeur Badal, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Pendant notre stage à la clinique ophtalmologique, nous avons eu l'occasion d'observer un hémophile qui fut opéré par le professeur Badal, et dont la plaie saigna pendant longtemps, malgré tous les moyens employés. Nous fîmes alors quelques recherches et nous constatâmes que dans les ouvrages didactiques on ne fait que rapidement mention de l'hémophilie comme complication possible des interventions oculaires. C'est ce qui nous a donné l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de cette question. Nous avons élargi notre sujet et nous nous proposons d'étudier les accidents oculaires dans l'hémophilie.

Après avoir fait un historique rapide, et défini les limites de notre sujet, nous étudierons d'abord les manifestations spontanées de l'hémophilie dans l'œil et ses annexes, puis les manifestations traumatiques que nous diviserons en accidentelles et en spontanées. Nous terminerons en étudiant les signes qui doivent faire soupçonner l'hémophilie et les traitements qui ont été proposés contre ses accidents.

Historique

Nous ne trouvons que peu de choses dans les livres classiques. Berger, dans son traité sur « les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale », et dans son article de l'*Encyclopédie française d'Ophthalmologie*, ne consacre que quelques lignes à l'hémophilie. Il cite quatre ou cinq observations et, sur ce nombre, il indique un cas d'hémorragie orbitaire de Panas qui n'a aucun rapport avec son sujet et un autre de Priesthley-Smith, qu'il reproduit comme hémorragie mortelle de la conjonctive, alors que dans l'observation originale le malade guérit parfaitement, ainsi qu'on pourra s'en assurer en lisant plus loin la traduction.

Dans la littérature française, on ne trouve que des observations séparées, à part un article de Lagrange sur les hémorragies intra-oculaires chez les hémophiles.

En Allemagne, Hahn a écrit une thèse sur les hémorragies orbitaires des hémophiles et Wagenmann a publié un bon article sur l'hémophtalmie liée à cette diathèse. Les renseignements que l'on trouve dans les ouvrages didactiques allemands sont aussi de peu d'importance. Schmidt-Rimpler, dans son traité sur « les maladies des yeux dans leurs rapports avec les autres affections » et Eversbusch, dans son article du *Traité* de Pentzoldt et Stintzing, ne consacrent que quelques lignes aux complications oculaires de l'hémophilie.

Nous pensons donc que notre modeste travail pourra rendre quelques services, en attirant l'attention des Ophthalmologistes sur ces graves accidents.

CHAPITRE II

Définition et Pathogénie

L'hémophilie est un syndrome dont on connaît actuellement la symptomatologie, mais dont on ignore totalement la pathogénie. Aussi, est-il fort difficile d'en donner une définition. « L'hémophilie, dit G. Lion, est une disposition héréditaire et congénitale aux hémorragies. » Dans sa thèse, Dommartin ajoute « quelquefois acquise ». Pour nous, nous préférons la définition, peut-être plus longue, mais plus exacte que donne R. de Bovis : « Après qu'on a éliminé toutes les affections hémorragipares — brightisme, cardiopathies, leucémie, scorbut, maladie Werlhoff, paludisme, infections diverses, hystérie, etc., — il reste un groupe morbide caractérisé par la tendance pure et simple des malades à *saigner*, plus ou moins abondamment, plus ou moins facilement, en dehors de tout état dyscrasique ou infectieux déterminé. » Ainsi donc, nous considérerons, avec beaucoup d'auteurs, qu'il n'existe pas une hémophilie, mais des *états hémophiles*.

Nous ne nous attarderons pas à discuter les nombreuses théories qui ont été émises pour expliquer la pathogénie de l'hémophilie. Dans les nécropsies, on a trouvé des lésions qui n'ont rien de constant et qui sont, croyons-nous, purement accidentelles.

La constitution anatomique du sang est aussi très variable ; les troubles que l'on a décrits dans les formules hématologiques des hémophiles sont surtout des altérations anémiques consécutives aux pertes sanguines.

Pour expliquer les hémorragies des hémophiles, il faut, d'une part, admettre une anomalie des vaisseaux qui sont beaucoup plus fragiles que normalement, et d'autre part, un défaut de coagulation du sang. Jusqu'à présent, il a été impossible de mettre en évidence ces lésions vasculaires, mais nous commençons, au contraire, à bien connaître les troubles de la coagulation sanguine. Chez les hémophiles, le caillot ne se forme pas, ou tout au moins il se forme avec un retard considérable. En outre, sa rétraction] est lente et [très minime et le sérum exsudé est souvent coloré en jaune. Gavoy a émis l'hypothèse qu'il existait dans le sang quelque chose qui le rendait plus fluide. Pour Hayem, également, il s'agirait d'une « altération chimique » du plasma. Avec Emile-Weil, nous croyons que le défaut de coagulation tient, non à la présence de substances anticoagulantes, mais bien à l'absence ou à l'altération de substances normales, probablement d'un ferment coagulant ou *thrombase*; car, le fait que ce sang se coagule à la longue indique qu'il y a seulement *dysthrombasie* et non *athrombasie*.

A côté de la grande hémophilie, héréditaire et congénitale, on commence à décrire une hémophilie spontanée dont les symptômes sont beaucoup moins intenses et surtout beaucoup moins évidents. Ainsi que l'ont montré Kolster, et, plus récemment, Emile-Weil, ces hémophilies frustes ne se caractérisent souvent que par une tendance à saigner plus grande que d'habitude ou par des hémorragies habituellement localisées à un organe (utérus, rein, glande mammaire, muqueuse nasale, etc...) Chez ces individus, il existe toujours un retard de la coagulation, quelquefois très léger, et le caillot sanguin se rétracte mal.*

Mais, si intéressante que soit l'étude de ces hémophilies frustes et spontanées, leur connaissance n'est pas encore assez

avancée pour que nous croyions devoir étudier ici les accidents oculaires qu'elles peuvent comporter.

Les observations probantes manquent encore, car, en présence d'une hémorragie de l'œil ou de ses annexes, les auteurs ne pensent pas en général à faire une enquête suffisamment minutieuse pour dépister ces états hémophiliques.

Aussi nous nous contenterons d'étudier les cas d'accidents oculaires observés dans l'hémophilie manifeste.

A la suite des cas que nous avons recueillis, nous citerons, pour être complet, un certain nombre d'observations dont nous ne connaissons que le titre ; il nous a été impossible de nous en procurer le texte original ou l'analyse.

CHAPITRE III

Accidents spontanés

Les hémorragies spontanées qui se produisent dans l'intérieur de l'œil sont fréquentes et s'observent à tout âge. A côté de celles dont il est facile de reconnaître l'étiologie (diathèses hémorragipares), il en existe une classe dont la pathogénie est inconnue et très discutée : ce sont les hémorragies spontanées des jeunes gens. Ces hémorragies, que l'on a comparées, avec beaucoup de raison du reste, aux épistaxis de l'adolescence, seront peut-être, dans un temps prochain, considérées comme des manifestations de l'hémophilie fruste, dont nous avons parlé plus haut. Les *hémophtalmies spontanées* se rattachant manifestement à l'hémophilie sont en nombre restreint dans la littérature. Parmi les observations que nous reproduisons plus bas, il en est une, celle de Lagrange, dont nous avons eu l'occasion d'observer le malade qui en est le sujet, mais longtemps après son hémorragie.

OBSERVATION I

Vialet (Congrès de la Soc. franç. d'Opht. 1895).

L'auteur relate l'observation d'un malade chez lequel l'hémophilie fut la cause d'hémorragies de la rétine et du corps vitré. Cet homme, fils et petit-fils d'hémophiles, tourmenté par des épistaxis rebelles pendant toute sa jeunesse, fut atteint, une première fois, à l'âge de vingt-neuf ans, d'une hémorragie profuse du corps vitré qui entraîna la cécité complète de l'œil droit. L'ophtalmoscope permit de constater la présence, au fond de cet œil, d'une vaste néomembrane fixée par ses deux extrémités à la rétine, mobile à sa partie moyenne, et se déplaçant avec les mouvements du globe oculaire. La papille était absolument atrophiée et les vaisseaux centraux réduits à de petites branches filiformes, qui s'arrêtent à une courte distance du nerf optique.

Après un intervalle de santé parfaite de huit ans, cet individu présentait, du côté gauche, des hémorragies rétinienne multiples, papillaires, péripapillaires et maculaires. Ces dernières offraient un aspect particulier ; elles se présentaient sous la forme d'une série de petites taches arrondies ou ovalaires de mêmes dimensions et en connexion avec de fines ramifications vasculaires.

Coïncidant avec ces lésions, on constatait un abaissement de l'acuité visuelle qui était tombée à 4/10 de la normale, et un scotome paracentral siégeant au-dessous et en bas du point de fixation.

Sous l'influence d'un régime approprié, repos absolu, régime lacté, iodure de potassium, etc., les hémorragies disparurent de l'œil gauche sans laisser de trace ; le scotome diminua des trois quarts et l'acuité visuelle remonta à 8/10 de la normale, amélioration équivalant presque à une guérison complète.

OBSERVATION II (Traduction personnelle).

Wagenmann (*Arch. für. Ophtalm.*, XLIV. 1897.)

Ernest Gr..., âgé de vingt-cinq ans, de Sulza.

Antécédents. — Il y a cinq jours le malade ressentit une douleur lancinante dans l'œil droit, pendant qu'il attachait des vignes; il lui semblait voir voler une mouche. La vue était très gênée. Le malade appliqua chez lui des compresses froides et l'acuité visuelle redevint tout à fait bonne jusqu'au soir. Au jour survinrent de nouveau, spontanément et brusquement, de violentes douleurs dans l'œil et l'acuité visuelle diminua rapidement jusqu'à la cécité complète. Le médecin de la famille ordonna de l'atropine et un purgatif. Le malade prétend qu'il a toujours été bien portant et naviguait à la mer jusqu'à ces derniers temps.

Etat actuel. — Le 16 mai 1896 : A droite forte injection ciliaire. Tuméfaction de la conjonctive bulbaire et chémosis si considérable que le limbe cornéen est par endroit recouvert par le bourrelet chémotique. Derrière la cornée transparente existe une si épaisse quantité de sang, que l'on ne voit pas l'iris. La pression oculaire apparaît nettement augmentée. L'œil n'est pas sensible à la pression et il n'existe que de légères douleurs spontanées.

L'œil droit ne voit pas les mouvements de la main; avec une lampe d'intensité moyenne, le malade n'a que la sensation lumineuse; projection défectueuse. L'œil gauche est normal et possède l'acuité visuelle normale avec — 1,25 D.

L'examen somatique montre qu'il n'existe aucune lésion organique. Urines normales.

Traitement. — Repos au lit, compresses chaudes, iodure de potassium et frictions.

19 mai. — Injection et chémosis ont un peu diminué. Le sang épan-

ché dans la chambre antérieure n'a pas diminué ; à côté de masses plus foncées, on voit du sang frais rouge clair. L'œil est encore un peu tendre : mais il n'y a plus de douleur.

Le 20 mai, on applique une ventouse de Heurteloup à la tempe droite. Comme la plaie cutanée saigne assez fortement, on met un pansement très compressif.

22 mai. — Pendant la nuit précédente, une violente hémorragie s'est produite au niveau de la petite plaie cutanée de la tempe. L'hémorragie est extrêmement persistante et l'on en vient à peine à bout par une forte compression.

Sur notre question, le malade nous raconte alors que les fortes hémorragies sont héréditaires dans sa famille. Il a lui-même toujours saigné d'une façon extraordinairement violente et un de ses oncles est mort d'hémorragie à la suite d'une extraction de dent.

Pendant les quatorze jours qui suivent, la petite plaie donne beaucoup d'occupation ; il survient à plusieurs reprises des hémorragies violentes et persistantes. La plaie fut cautérisée au thermocautère de Pacquelin et on appliqua un tamponnement ouaté au perchlorure de fer. L'hémorragie s'arrêta pendant assez longtemps, puis elle reprit à la chute de l'escharre. Des attouchements au nitrate d'argent et ensuite des pansements compressifs avec onguents pour activer le bourgeonnement amenèrent enfin la cicatrisation.

L'injection et le gonflement conjonctival rétrogradèrent lentement. Le sang est plus foncé et commence à diminuer, on ne pouvait encore distinguer cependant rien de l'iris ou de la pupille. Les fonctions de l'œil restent défectueuses : le malade ne distingue qu'une lampe d'intensité moyenne, mais placée latéralement : fausse projection. Le traitement consiste dans l'application d'épithèmes, alternant avec un pansement et à l'intérieur XX gouttes de liqueur de Fowler ; plus tard nous prescrivîmes encore du fer.

Comme l'œil n'était plus irrité et n'était plus douloureux, le malade demanda à sortir dans le milieu de juin.

Les masses sanguines brun noirâtre avaient sensiblement diminué et s'étaient segmentées ; l'iris cependant ne se détachait pas encore. La cornée présentait un léger trouble et, dans son milieu, des masses sanguines étaient encore déposées contre sa surface interne.

25 juin. — La résorption du sang fait des progrès. Au centre de la cornée adhère toujours un coagulum couleur chocolat. A la périphérie, l'iris apparaît et il semble être accolé en certains endroits à la surface interne de la cornée et être fortement rétracté vers la périphérie. Il en résulte que la pupille est anormalement dilatée. Mais on ne peut encore observer aucune particularité et l'on ne peut provoquer aucun réflexe.

9 Juillet. — L'œil est entièrement pâle ; le segment antérieur du bulbe a une forme légèrement conique. Les veines épisclérales sont quelque peu dilatées et tortueuses. Le sang épanché dans le segment antérieur de l'œil a presque disparu et il ne reste plus que deux petits flocons bruns situés contre la face postérieure de la cornée. Dans ses couches profondes, la cornée présente plusieurs troubles parenchymateux. La pupille est dilatée à son maximum, l'iris est atrophié à un haut degré et est réduit à un étroit liseré gris, qui est en partie accolé à la cornée. Tout près de la cornée se trouve le cristallin gonflé et donnant des reflets gris verdâtres ; son bord externe est situé derrière la pupille élargie, tandis que le reste de ce bord, qui n'est plus recouvert par l'iris, apparaît libre dans la chambre antérieure. Derrière le cristallin, on aperçoit des fausses membranes et des flocons mobiles de couleur jaune grisâtre ; il n'y a plus nulle part de reflet sanguin. L'œil paraît quelque peu tendu à la palpation ; cependant le malade ne souffre pas. Une forte lampe donne encore au malade la sensation lumineuse ; mais il n'a plus de projection.

Traitement : Fer. — Examiné le 29 juillet, l'état était en substance le même ; cependant les masses situées dans la profondeur de l'œil flottaient davantage. Les troubles centraux de la cornée ne permettent guère d'étudier en détail les troubles des membranes profondes.

Il ne s'est produit aucun changement dans l'œil opposé. Depuis lors, le malade ne s'est pas dérangé pour venir nous voir.

OBSERVATION III (traduction personnelle)

A Weber (*Archiv. für Ophthalm.*, 1897, XLIV).

Le 6 novembre 1880, L. G..., âgé de vingt et un ans, se présentait à la consultation de mon père.

Antécédents. — Le malade est né de parents bien portants ; il est le troisième de cinq enfants, qui sont tous bien portants et qui notamment, n'ont jamais souffert des yeux. Notre malade est hémophile, comme sa mère le sait depuis longtemps. Dans toute sa famille, il n'y a pas d'hémophilie.

Le malade nous apprend qu'il a perdu l'œil droit depuis onze jours, par suite d'un coup violent contre un loquet de porte. Une forte hémorragie se produisit aussitôt au-dessous de la peau de la paupière et sous la conjonctive, hémorragies nasales et buccales et à la suite hématomèse (probablement de sang dégluti). Le malade perdit connaissance quelques minutes, et quelques jours après il remarqua qu'il avait complètement perdu la vue du côté droit.

Etat actuel. — A droite, il existe de fortes ecchymoses palpébrales, qui commencent à s'atténuer au niveau de la joue. La conjonctive est infiltrée de sang. Plus de perception lumineuse.

Examen ophtalmoscopique. — La papille est très œdématiée et infiltrée. Les veines sont congestionnées et tortueuses ; la périphérie de la rétine est blanchâtre. Acuité visuelle de l'œil gauche : V = I. Traitement : Repos. Compresses chaudes.

15 novembre. — A droite, à la partie supérieure du limbe, on voit encore une ecchymose en forme de demi-lune. Au niveau de la joue, la profonde extravasation sanguine commence à se résorber. Examen ophtalmoscopique : Papille blanche, les vaisseaux paraissent petits et resserrés.

Le 1^{er} décembre 1880, le malade est examiné à Heidelberg par le professeur Becker, qui, sur son registre, n'a écrit que ces quelques mots : « Amaurose absolue, pas de réactions pupillaires, atrophie encore peu prononcée ». Le 4 février 1881, il note encore : « Atrophie complète ».

Le 23 février 1891, le malade revient et nous apprend les faits suivants : depuis le 1^{er} janvier, il souffre de céphalée, de vomissements et de troubles de la parole : depuis 14 jours il remarque une diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Il nous apprend encore qu'à la suite d'une plaie il avait saigné beaucoup.

A gauche : $V = \frac{12}{200}$, avec + 6 dioptries. Champ visuel périphérique normal. Scotome positif paracentral en dehors du point de fixation, de dimensions importantes.

Examen ophtalmoscopique : la papille est recouverte par une grande hémorragie à contours irréguliers, mais qui ne paraît pas faire irruption dans le corps vitré. — Traitement : application de l'appareil réfringent à glace de Leiter, jour et nuit, jusqu'à apparition de phénomènes de congélation (stase veineuse) à la paupière ; à l'intérieur sel de Glauber ; bains de pieds.

21 mars. — A gauche $V = \frac{12}{20}$; le scotome a diminué et ne s'étend plus qu'à 10 c. de toute part. Examen ophtalmoscopique : on constate la disparition correspondante de l'hémorragie ; à sa place existe une dégénérescence ou des lésions d'épaississement de la rétine.

Le 1^{er} avril, le patient a une acuité de $4/5$. Il ne présente plus qu'une petite extravasation sanguine en voie de résorption.

14 avril. — A gauche $V = 4/5$; le scotome n'a pas changé de dimension. Examen ophtalmoscopique : à côté de la papille il existe une surface blanche et bordée de rouge foncé, environ de la grandeur d'une papille, qui paraît être le centre de l'hémorragie primitive.

23 avril. — Depuis la veille le patient a constaté une aggravation. Acuité visuelle gauche $V = \frac{12}{40}$. Examen ophtalmoscopique : nouvelle hémorragie à l'ancienne place. Scotome positif comme le 21 mars.

3 mai. — O. G. $V = \frac{12}{50}$. Scotome plus grand que celui qui fut constaté au début de l'affection.

20 mai. — $V = \frac{12}{70}$, accroissement de l'hémorragie.

10 juin. — $V = \frac{12}{100}$.

16 juin. — Consultation avec le prof. Leber, qui fit les remarques suivantes sur l'état actuel du malade.

A gauche, il compte les doigts à 10 cm. ; il lit avec peine le n° 5,0 de l'échelle à 10 cm. Très grand scotome paracentral commençant en dehors du point de fixation, étendu surtout en haut, mais n'atteignant en aucun point la périphérie du champ visuel.

A droite, dans la conjonctive bulbaire on trouve plusieurs hémorragies ponctiformes, qui doivent aussi avoir existé précédemment à gauche. A l'ophtalmoscope, atrophie du nerf optique.

Extérieurement l'œil gauche est normal. Examen ophtalmoscopique : en bas le fond de l'œil est fortement voilé jusqu'à la papille, qui est tout à fait invisible. En haut apparaît la teinte rouge de la rétine. A l'image renversée, on voit le bord inférieur d'une grande hémorragie, qui se dirige obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, puis se dirige en bas en formant une courbe. En outre, à côté on voit une bande claire, étroite, qui se termine dans une petite tache jaune. Un vaisseau rétinien qui court près de la limite ne peut être suivi sur le territoire hémorragique. Le fait de savoir s'il s'agit d'une hémorragie pré-rétinienne ou sous-rétinienne reste douteux.

Traitement : repos au lit, continuation des applications glacées ; à l'intérieur potion de Haller, plus tard iodure de potassium. Pronostic douteux.

Le 24 juillet le malade entre à la clinique de Darmstadt.

L'acuité visuelle n'a pas changé ; il compte les doigts à 10 cm. et avec + 6 D lit le n° 13 de l'optotype de Niden. Comme auparavant, grand scotome positif, avec conservation du champ visuel périphérique.

Le patient reste à la clinique jusqu'au 1^{er} octobre 1891, sans que son état s'améliore, malgré la continuation des applications de glace et il part à sa demande.

Le malade se soumet maintenant au traitement d'un médecin naturaliste (empirique) et le suit plus tard près de Beryzabern, où il achève de perdre l'œil gauche par des troubles cornéens. Par une courte information, nous apprenons que le sang épanché dans l'intérieur de

L'œil a fait irruption dans la chambre antérieure et plus tard que l'œil lui-même est repoussé en avant. Beaucoup de caillots muqueux, sanguinolents sont sortis de l'œil. Un jour dans un de ces caillots était contenu un corps, que la sœur du malade a conservé jusqu'à maintenant et que l'on considère comme la cornée décollée (?) Il faut admettre que l'hypohéma et les hémorragies récidivantes de l'orbite se sont associées et que la cornée s'est totalement nécrosée à la suite de la lagophthalmie, due à l'exophtalmie et de la compression de l'œil.

Trois mois plus tard, les cheveux du malade sont devenus blancs comme la neige ; maintenant ils sont jaune paille, tandis qu'auparavant ils étaient brun clair.

Un examen pratiqué le 4 juillet 1897 montra à l'œil droit une coloration blanche de la papille, sans dessin net de la lame criblée ; limitation absolument nette de ses contours et calibre normal des vaisseaux rétiniens. A gauche phthisie prononcée du bulbe.

OBSERVATION IV

Lagrange (*Bulletin Médical*, 1898).

Un homme de vingt-huit ans, nommé P., cordonnier, vient consulter à l'hôpital St-André, à la fin de septembre 1898 et nous montre son œil droit, rouge, douloureux, tendu, ne voyant rien. Il nous raconte qu'il a subitement perdu la vision dans la nuit du 10 septembre à la suite d'une très légère contusion de l'œil que sa femme par mégarde, lui occasionna.

Interrogé sur ses antécédents, ce sujet nous apprend que son père, charpentier, assez vigoureux, a été quelquefois atteint de rhumatisme, ainsi que l'un de ses frères. Tous les autres membres de sa famille se portent bien et aucun d'eux n'a jamais présenté d'hémorragies anormales ; aucune apparence d'hémophilie ne peut être relevée dans la famille, à moins qu'on attribue les accidents articulaires à des hémarthroses, et nous ne croyons pas devoir émettre ici cette explication, car

le malade lui-même a été atteint de très nombreuses poussées articulaires aiguës et subaiguës, ayant présenté la marche typique du rhumatisme ordinaire.

Si notre sujet avait eu des hémorragies intra-articulaires, ainsi que la chose est fréquente chez les hémophiles, ces hémorragies répétées n'auraient pu se résorber complètement et il présenterait aujourd'hui des raideurs articulaires plus ou moins accusées. Or, il n'en est rien ; toutes ses articulations sont d'une souplesse parfaite. Nous notons d'ailleurs, au niveau de l'extrémité de quelques phalanges, un épaississement noueux qui s'accorde bien avec l'existence d'un rhumatisme diathésique héréditaire.

Ce malade est cependant un hémophilique typique. Dès l'âge de cinq ans, il a eu des épistaxis répétées, souvent presque incoercibles ; à l'âge de douze ans, il a vu survenir d'abondantes hématuries qui, depuis, se sont assez fréquemment reproduites ; il a eu, à plusieurs reprises, des hématomés et du mœlena, sans cause apparente. Un jour, s'étant piqué à la main avec un instrument acéré, il eut une hémorragie qui nécessita pendant quinze jours un pansement compressif. Une autre fois, une application intempestive de sangsues faillit lui être funeste.

Il a présenté souvent, à la suite de légères pressions, des ecchymoses dans le tissu cellulaire superficiel ou profond ; citons, notamment, un épanchement sanguin abondant, dans la gaine du crural qui détermina par compression une anesthésie de ce nerf, anesthésie si complète que ce malade, s'approchant trop du feu, se fit au genou une brûlure du quatrième degré ; citons encore un épanchement scrotal qui donna aux bourses le volume, lent à se réduire, d'une grosse vessie distendue.

Malgré tous ces incidents et toutes ces hémorragies débilitantes, notre homme fut accepté au conseil de revision et enrôlé dans l'artillerie ; il y servit dix-huit mois et dut être réformé pour l'anémie profonde dans laquelle l'avaient jeté de nombreuses épistaxis qu'il eut au régiment.

Depuis sa libération, qui date de 1893, les hémorragies sont devenues moins fréquentes, les accidents articulaires se sont amendés, l'état général est devenu meilleur et le malade jouissait d'une quié-

tude relative lorsqu'est survenu l'accident intra-oculaire pour lequel il vient demander nos soins.

Avant d'arriver à l'examen de son œil, et pour compléter l'histoire de son état général, il nous a paru nécessaire d'étudier minutieusement ses divers organes et d'analyser le sang et les urines.

Les poumons, le cœur, les viscères abdominaux ne présentent rien de particulier; les fonctions digestives et urinaires s'exercent avec régularité; le sujet est un peu pâle, un peu amaigri, mais assez vigoureux: il faut d'ailleurs tenir compte, à ce point de vue, des exigences de sa profession sédentaire, peu propre à développer ses forces physiques.

L'examen du sang a été pratiqué au Laboratoire des cliniques par M. le professeur agrégé Sabrazès, qui est arrivé aux résultats suivants:

Le nombre moyen des globules, après plusieurs numérations, a été de 5.015.800 pour les rouges et 5.500 pour les blancs. Ces derniers étaient en majorité polynucléaires.

La résistance globulaire a été mesurée à l'aide du procédé de MM. Lépine et Chanel.

Première numération: 2 millimètres cubes de sang + 500 millimètres cubes de sérum A (sulfate de soude 1 gramme, eau 40 grammes). La numération a été faite à l'aide de l'appareil Hayem-Nachet. Elle a donné le résultat suivant: $N = 5.015.800$ par millimètre cube.

Deuxième numération: 2 millimètres cubes de sang + 500 millimètres cubes d'un mélange à parties égales d'eau distillée et de sérum A.; $N = 4.681.800$; une autre numération faite dans les mêmes conditions a donné 4.436.800 par millimètre cube.

Troisième numération: 2 millimètres cubes de sang + 500 millimètres cubes d'un mélange d'un tiers de sérum A et de deux tiers d'eau distillée, a donné le résultat suivant: $N = 413.300$ par millimètre cube.

Un sujet normal a été pris comme sujet de comparaison et la résistance globulaire a été un peu moins forte chez lui, que chez notre hémophile.

La coagulation du caillot a commencé chez notre malade à se produire après un quart d'heure.

Enfin, dans la dernière séance, la pression artérielle, notée au sphygmanomètre de Potain, a donné le chiffre 12.

Dans une autre séance d'examen, faite plusieurs semaines plus tard, la rétraction du caillot a été spécialement étudiée. Quelques centimètres cubes de sang ont été extraits du pli du coude : 1^o au malade hémophile ; 2^o à un sujet sain, afin d'avoir du sang témoin.

A midi dix minutes, ces divers échantillons mis dans des tubes appropriés ont été exposés à l'air extérieur à une température de 9,8.

Pour l'hémophile, la coagulation a eu lieu en dix-sept minutes, le sang témoin s'est coagulé en quatorze minutes. La rétraction du caillot pour le sang de notre malade comme pour le sang témoin, a commencé à huit heures et demie du soir ; à ce moment, la température était de 8,5 ; douze heures après, pour le sang hémophile comme pour le sang témoin, la rétraction était achevée.

L'analyse des urines a donné 24 gr. 80 d'urée, 2 gr. 25 d'acide phosphorique, 9 gr. 40 de chlorure de sodium : pas d'éléments anormaux.

L'examen microscopique a montré dans le sédiment quelques leucocytes et des cristaux d'oxalate de chaux.

Ceci étant bien établi sur l'état général de notre patient, arrivons maintenant à son état local, à son œil.

30 septembre. La vision a complètement disparu, la chambre antérieure, pleine de sang, ne laisse pas voir l'iris ; des douleurs assez vives, nocturnes surtout, s'irradient dans l'orbite et dans la tête, la tension est plus élevée que la normale ($T+2$), il y a des phénomènes glaucomateux. Nous prescrivons de la pilocarpine (0,05 pour 15 grammes d'eau) trois gouttes deux fois par jour, de la limonade sulfurique et du perchlorure de fer.

5 octobre. Les douleurs diminuent depuis deux ou trois jours, mais sont encore vives ; l'œil est moins dur ($T+1$) ; il y a moins de sang dans la chambre antérieure, l'œil est toujours inéclairable et la vision nulle.

11 octobre. Œil toujours inéclairable : plus de douleurs, la tension exagérée a fait place à de l'hypotonie, on remplace la pilocarpine par l'atropine.

20 octobre. L'hypotonie s'affirme, le sujet n'éprouve plus que de légères douleurs oculaires, l'œil est toujours inéclairable, s'achemine par la cyclite vers la désorganisation complète.

1^{er} novembre. La cyclite poursuit son œuvre, le malade éprouve des

douleurs assez vives, la tension tombe à (T — 2), l'œil paraît définitivement perdu, cependant il existe encore une sensation lumineuse bien nette lorsqu'on projette sur la rétine un vif faisceau de lumière.

En présence de ce malade, qui offre le double intérêt de son hémophilie et de son hémorragie intra-oculaire, le diagnostic étiologique ne paraissait pas plus difficile que le diagnostic objectif de la lésion. En procédant par élimination, il était bien évident que l'épanchement intra-oculaire, si nettement visible à la simple inspection du malade, avait pour cause occasionnelle le très léger traumatisme reçu par le patient et pour cause prédisposante principale, son hémophilie elle-même.

OBSERVATION V

Patterson (*Thérap. gaz. Détroit*, 1890)

Rupture de la choroïde chez un hémophile.

Dans l'observation ci-dessous, Vanneman a observé un kératocône chez une hémophile ; nous ferons remarquer qu'il est difficile de saisir le rapport qui peut exister entre l'affection oculaire et la maladie générale.

OBSERVATION VI (Résumée)

Vanneman (*Soc. Belge d'opht.*, 1903)

L'auteur a observé un malade souffrant d'épistaxis, d'hématuries à répétition ; un œil était normal, l'autre possédait un kératocône. Traitement : tablettes de thyroïdine et pastilles ovariques ; aucun résultat. Puis extrait de quinquina dans de l'électuaire de miel pris à haute dose, sur du pain, en guise de confiture. Ce traitement fit cesser

les hémorragies pendant deux ans, puis elles revinrent, et le quinquina n'eut plus d'effet.

Les hémorragies spontanées de la conjonctive sont encore plus rares et paraissent être l'apanage des nouveau-nés. La conjonctive saigne en nappe, sans qu'il soit possible de trouver une solution de continuité dans la muqueuse. L'hémorragie se produit toujours au niveau de la conjonctive palpébrale. Elle peut être mortelle chez les nouveau-nés.

OBSERVATION VII (Résumée)

Müller (*Arch. f. Gynäkologie*, 1893)

Anna W..., âgée de 19 ans, primipare, accoucha à terme le 1^{er} septembre 1892 d'une fille qui pesait 2020 gr. et mesurait 44 centimètres de long. On instilla dans les yeux de l'enfant une goutte d'un collyre de nitrate d'argent à 1 0/0. Dans l'après-midi, je constatais aux deux yeux une légère sécrétion blanchâtre, mais sans tuméfaction ni lésion des paupières. Craignant une blennorrhée, j'instillais le soir encore une goutte du même collyre; l'on remarquait à ce moment dans la sécrétion des traces de sang. Le lendemain matin, les paupières étaient collées et couvertes de caillots sanguins; en écartant les paupières il sortit quelques gouttes d'un sang rouge clair. La conjonctive palpébrale ne présentait ni altération ni lésion d'aucune sorte et il sortait de la muqueuse des gouttes de sang, sans qu'on en puisse voir la source. Malgré des lavages répétés et des compresses glacées, l'hémorragie continua. Le soir, on appliqua un pansement compressif, qui, le lendemain, fut tout imbibé de sang.

Malgré tous les efforts l'hémorragie continua. L'enfant qui était resté éveillée jusqu'au troisième jour et prenait bien le soir, malgré l'hémorragie, s'anémiait de plus en plus. Elle mourut le soir du quatrième jour sans avoir présenté de contractures.

OBSERVATION VIII

Etlinger (*Jahr. für Kindern.*, 1901)

Un cas d'hémorragie mortelle du sac conjonctival droit chez un enfant de trois semaines.

En outre, Grandidier rapporte, dans son ouvrage sur l'hémophilie, trois cas d'hémorragie spontanée de la caroncule lacrymale qu'il nous a été impossible de retrouver, à cause de leur ancienneté.

Les hémorragies des *paupières* paraissent aussi rares que celles de la conjonctive. Elles peuvent fuser dans l'orbite, comme le prouve la belle observation de Valude.

OBSERVATION IX

Valude (*Annales d'oculistiques*, CXVII, 1897).

Mme G..., trente-quatre ans; est une femme d'aspect assez chétif, de santé médiocre, mais sans aucune affection organique caractérisée. Elle accuse des migraines fréquentes, de la dyspepsie flatulente habituelle avec constipation opiniâtre et un état nerveux marqué, mais sans exagération.

L'examen objectif de ses organes respiratoires et vasculaires ne révèle rien d'anormal. Elle se plaint souvent d'être essoufflée, et a parfois de l'enflure aux jambes, mais on ne trouve pas de souffle cardiaque caractérisé à l'auscultation.

L'urine a ses caractères normaux.

Des commémoratifs très nettement définis permettent toutefois de ranger notre malade parmi les hémophiles, encore que cette désigna

tion ne comporte pas une signification nosologique très précise. Il est impossible en effet de la caractériser autrement, car la malade rapporte que de tout temps elle a eu la plus grande tendance aux hémorragies. Les moindres coupures ont beaucoup de peine à se fermer et un bouton écorché à la figure saigne abondamment et longtemps. Fait plus typique : la malade raconte qu'il lui suffit de se frotter un peu durement le visage avec un linge un peu rude pour y amener le sang, à couler. Le cas s'est produit deux fois, et, il y a cinq ou six ans notamment, à la suite d'une friction de cette nature sur le cou et la face, le sang vint avec une telle abondance qu'il fallut, pour arrêter l'hémorragie, tamponner avec de l'amadou et employer le perchlorure de fer.

Une autre fois, la malade se plaignant d'une gêne dans la bouche, alla consulter son médecin, qui découvrit dans la région du voile du palais une poche sanguine sous-muqueuse, qui tomba d'elle-même et ne laissa aucune trace.

Ces accidents exceptionnels ne laissent pas douter qu'il s'agisse ici de ce tempérament exceptionnel ainsi qu'est l'hémophilie : l'examen du sang, que M. le docteur Chauffard a bien voulu pratiquer, permit d'ailleurs de constater un certain retard dans la coagulation, qui ne commençait qu'au bout de quinze minutes. Du côté des éléments du sang, rien d'anormal, les globules rouges et blancs se montrent en quantité, absolue et relative, physiologique. Le retard de la coagulation est, toutefois, caractéristique.

En somme, il s'agit d'une femme hémophile, un peu névropathe (elle a eu autrefois des troubles utérins) avec aujourd'hui une légère dilatation de l'estomac et un peu d'entéroptose.

Dans ces circonstances, les accidents suivants se produisirent chez la malade :

Le 30 septembre dernier, il survint de l'enflure à la face, du côté droit, et cette enflure s'étendait à toute la joue, aux paupières et un peu au front. En même temps la malade ressentit une très vive douleur localisée à la partie supérieure et interne de l'orifice orbitaire droit.

Deux jours après, apparut une ecchymose au point qui avait été le siège de la douleur ; cette extravasation sanguine disparut et descendit vers la paupière inférieure, où elle s'étendit et, en quelque sorte, se dispersa.

Les choses semblèrent aller mieux au bout de quelques jours ; le gonflement disparaissait peu à peu et l'ecchymose palpébrale s'effaçait quand, le 9 octobre, dix jours après l'apparition des premiers symptômes, la malade ressentit tout à coup derechef une vive douleur au point déjà mentionné, à la partie supéro-interne de l'orbite. En même temps, une bosselure se montra en ce point au-dessus du globe de l'œil, soulevant la paupière supérieure.

Simultanément, réapparurent un peu de gonflement de toute la région et une ecchymose qui occupait la paupière supérieure, le sillon palpébral inférieur, gagnant jusqu'à la joue. La malade fut prise de fièvre avec nausées; il en résulta, au bout de deux jours, un abattement assez considérable. Notons que ni la première journée, ni la seconde, ne se trouvèrent à coïncider avec les règles, qui survinrent à leur époque habituelle, et avec leur intensité normale. D'ailleurs, la malade est actuellement bien réglée.

Le 12 octobre, je fus appelé à examiner cette malade. Je constatais l'état suivant : le côté droit de la figure est assez peu gonflé (le gonflement avait beaucoup diminué depuis deux jours); les deux paupières sont marbrées d'ecchymoses étendues, de sang extravasé : au-dessus du globe de l'œil et en dedans, on voit saillir sous la paupière supérieure une bosselure acuminée, très sensible, qui se prolonge en arrière dans l'orbite, sous la forme d'une tumeur fluctuante, qui peut être refoulée quelque peu dans la cavité oculaire. Cette poche liquide n'est pas animée de battements, ne présente pas de souffle et n'est pas réductible à la pression. Elle est assez facile à délimiter avec les tissus voisins et, en raison de sa fluctuation très évidente, donne l'impression d'un kyste, qui serait en un point assez superficiel, avec un prolongement profond. La malade accuse des douleurs lancinantes assez vives dans la région atteinte.

Le 13 octobre, je pratique une ponction avec une seringue armée d'une aiguille et je retire deux grammes environ de sang un peu foncé, mais non pas altéré complètement. J'applique ensuite un pansement ouaté assez serré.

Le 16 octobre, comme le kyste semble s'être un peu rempli de nouveau et que la fluctuation est encore perceptible, je pratique une seconde ponction, qui donne 1 gramme du même liquide sanguin ; la

cavité kystique est alors complètement vidée. Pansement compressif.

A partir de cette seconde ponction, l'ecchymose et le gonflement de la région s'éteignent graduellement et rapidement. Les douleurs spontanées, vives auparavant, avaient complètement disparu après la première ponction.

Le 23 octobre, il reste à la place occupée par le kyste une nodosité empâtée un peu, très sensible et qui se prolonge sous l'aspect d'une corde fibreuse épaissie dans la profondeur de l'orbite, le long de l'angle supéro-interne de cette cavité.

Le fond de l'orbite ne donne, à l'exploration digitale aucune sensation ni de tumeur, ni même d'empâtement.

Le 28 octobre, la petite nodosité mieux limitée, plus dure, est encore parfaitement perceptible sous la peau de la paupière qu'elle soulève un peu à l'œil nu. Elle est encore un peu sensible à la palpation, mais cette sensibilité va en diminuant tous les jours. Elle ne subit, d'ailleurs, aucun changement, ni dans les diverses attitudes en avant ou en arrière de la tête, ni dans le phénomène de l'effort.

Les ecchymoses palpébrales et le gonflement du voisinage ont entièrement disparu.

12 novembre. — Le petit résidu fibreux a encore diminué de volume; il n'est plus du tout douloureux. La peau de la région a repris son caractère normal.

20 novembre. — Le peu qui reste de la poche sanguine est redevenu un peu sensible, mais non pas plus volumineux; il s'est produit le matin un léger gonflement, diffus et un peu bleuâtre, de l'angle supéro-interne de l'orbite. La coloration bleue a déjà disparu vers le soir. Toujours pas le moindre signe d'expansion; pas de battement ni de souffle; pas de réductibilité de la tumeur. En même temps que le gonflement se produisait, la malade avait accusé des nausées, des malaises comme au début des accidents et des douleurs assez vives.

8 décembre. — Le gonflement, léger d'ailleurs, qui s'était produit le 20 novembre, a persisté et même augmenté un peu, bien que la coloration bleuâtre de la région ait disparu dès les premiers moments. Il ne peut être question de ponction en raison de l'absence d'un foyer liquide collecté, car le gonflement est diffus. Il conseille simplement d'exercer sur l'œil une compression méthodique et prolongée.

15 janvier 1897. — A partir de ce moment la malade observe dans l'angle supéro-interne de l'orbite des alternatives de gonflement bleuâtre et de réduction de ce gonflement. La tuméfaction n'atteint jamais le degré remarqué la première fois et les douleurs sont aussi moins vives ; en deux ou trois jours tout rentre dans l'ordre sous l'influence d'un pansement compressif ; les phénomènes se reproduisent ainsi de temps à autre, mais sans périodicité régulière. La région reste, en dehors des crises, un peu empâtée et gonflée, avec une légère sensibilité. Ces alternatives de production et de disparition de l'épanchement sanguin spontané dans le tissu de la paupière et de l'orbite durèrent un mois, après lequel tout rentra dans l'ordre. Le 8 février, toute trace de l'hématome primitif a disparu.

Tout récemment, un phénomène s'est passé du côté de la bouche, de même nature que l'hématome orbito-palpébral qui nous occupe. La gencive est devenue gonflée et bleuâtre sur une certaine étendue et un léger attouchement de ce point en fit couler un peu de sang.

OBSERVATION X

Helfrich (*Tr. homœop. M. Soc. New-York*, 1897).

Hémorragie de la paupière gauche chez un hémophile.

Les hémorragies de l'orbite participent à la même rareté.

OBSERVATION XI (Résumée)

Zehender (*Handbuch des Augenhéilkunde*, II, 1876).

Petit garçon d'un an, pâle et anémique, sujet à des hémorragies, fut brusquement pris d'une exophtalmie unilatérale, avec ecchymose de la paupière supérieure. L'énorme protrusion du globe se dissipa peu à peu, et après un an il n'existait plus aucune trace du mal.

OBSERVATION XII

Gepner (*Medycyna, Warszawa, 1892*).

**Hémorragie de l'orbite chez un hémophile; atrophie
consécutive du nerf optique.**

A côté des troubles oculaires provenant directement de l'irruption du sang dans l'œil ou ses annexes, on peut observer des troubles oculaires dépendant indirectement de l'hémophilie. C'est ainsi que Knies cite le cas de Bramweld qui observa des troubles oculaires à la suite d'une hémorragie cérébrale. D'autre part, lorsque les hémorragies diverses des hémophiles sont très abondantes, on peut observer chez eux, comme chez les autres sujets, de l'amblyopie, qui peut être passagère, ou de l'amaurose qui peut devenir définitive par suite de l'atrophie du nerf optique; témoin le cas de Grossmann, rapporté par Knies. Chez le malade de Foucherand, mort de diathèse hémorragique (?) l'examen ophtalmoscopique pratiqué par Dor, révéla la présence de taches rétiniennes blanches bordées de rouge.

CHAPITRE IV

Accidents traumatiques

Sous ce titre, nous désignerons les manifestations de l'hémophilie, consécutives à des traumatismes accidentels. L'importance de l'écoulement sanguin est souvent considérable et, en tout cas, toujours disproportionnée avec le traumatisme causal.

Chez les hémophiles, la moindre pression, une légère contusion, produit parfois des ecchymoses sous-cutanées, aussi bien dans la région oculaire que dans les autres parties du corps. A ce sujet, nous nous contenterons de rapporter une observation qui se trouve dans la thèse de Dommartin.

OBSERVATION XIII (Résumée).

Dommartin (*Th. de Paris*, 1902-03).

D..., âgé de 21 ans, a des épistaxis qui reviennent à des époques variables et qui durent des journées entières. Il saigne fréquemment des dents et a eu des hématuries. Il a des éruptions purpuriques et des ecchymoses au moindre choc.

Un jour il reçut une boulette de pain sous l'œil : ce léger traumatisme provoqua une hémorragie sous-conjonctivale et une ecchymose de toute la région péri-orbitaire.

Dans l'observation suivante, il se produisit une hémorragie mortelle, chez un nouveau-né, consécutive à une brûlure.

OBSERVATION XIV (Résumée).

Abbe (*Annales of Ophth. Saint Louis*, 1899).

Il s'agit d'un nouveau-né paraissant bien constitué, mais de petite taille, à qui, pour une sécrétion légère de la conjonctive, on instilla par erreur une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 60 0/0. Bientôt après, les conjonctives des deux yeux commencèrent à saigner, on ne put arrêter l'hémorragie et l'enfant mourut 24 heures après, probablement par anémie. La conjonctive palpébrale semblait avoir été complètement désorganisée.

Nous rappellerons maintenant le cas de Weber (Obs. III) dans lequel la première hémorragie de l'œil droit survint à la suite d'une contusion du sourcil.

Dans les Observations qui suivent, le traumatisme produisit des hémorragies de l'orbite.

OBSERVATION XV (Résumée)

Priestley Smith (*Ophthalmic Hôp. Report.*, 1888)

Le malade, âgé de dix-sept ans, avait reçu un coup sur le milieu du sourcil gauche. Sa vue était devenue très mauvaise de ce côté-là et il se plaignait de vives douleurs au niveau du globe, qui était fortement exophtalme.

Les paupières étaient gonflées et leur couleur était légèrement modifiée ; la conjonctive était injectée et chémotique, le bord palpébral inférieur présentait un peu d'entropion, ce qui avait occasionné une ulcération avec infiltration de la cornée. L'acuité visuelle était très abaissée et réduite à la perception lumineuse.

On porta le diagnostic d'hémorragie de l'orbite. Il était évident que, dans ce cas, l'hémophilie était en cause. Pour combattre la pression exercée par les paupières sur la cornée, on sectionna le canthus externe avec des ciseaux et on scarifia la conjonctive. Les plaies opératoires présentèrent pendant une quinzaine de jours des hémorragies récidivantes abondantes ; tous les styptiques connus échouèrent ; elles ne s'arrêtèrent que lorsque la plaie commença à bourgeonner ; l'œil reprit sa place et ses fonctions. Le malade présentait d'autres symptômes d'hémophilie ; mais aucun membre de sa famille n'était hémophile.

OBSERVATION XVI (Traduction personnelle)

Hahn (*Thèse de Tübingen*, 1900)

Anna E..., âgée de quatre ans, fille d'un tisserand d'Oberglashütten (Bade), se présente, le 17 août 1900, à la consultation de la clinique ophthalmologique.

Antécédents. — Le père de la fillette nous donne les renseignements suivants : quatre jours auparavant, l'enfant était tombée, d'un charriot de moissonneur sur lequel elle était assise et elle s'était blessée au niveau du rebord orbitaire droit. Deux jours après, on avait conduit l'enfant à un médecin, à cause d'une hémorragie persistante de la plaie : c'était ce dernier qui nous avait adressé la petite malade. Dans la famille maternelle ou paternelle, aucun membre n'est hémophile. Dans sa première année, l'enfant avait été très faible et ne se développait pas bien. L'enfant n'avait jamais encore eu de grande hémorragie à la suite de blessure ; du reste le père n'avait le souvenir d'aucune

blessure. Cependant, à la suite de contusions, l'enfant avait toujours de grandes bosses et durant longtemps et, l'hiver précédent, elle avait eu une épistaxis, qui avait duré deux semaines.

État présent. — La région des deux paupières droites est fortement tuméfiée, colorée en rouge bleuâtre ; au-dessous du rebord orbitaire supérieur, et parallèlement à lui existe une plaie longue d'environ un centimètre et demi, dont les lèvres sont fortement déchiquetées. De la fente palpébrale sort la muqueuse de la paupière supérieure, fortement gonflée et infiltrée de sang. Un second examen sous chloroforme montra les faits suivants :

Entre les paupières, que l'on ne peut pas ouvrir de plus de un centimètre et demi, apparaît le bulbe fortement refoulé en avant, dont la conjonctive est infiltrée de sang. A part un petit trouble central et linéaire, la cornée est transparente. La pupille, un peu plus large que moyennement, réagit bien à la lumière. Un sondage prudent de la plaie palpébrale, démontre que celle-ci se dirige très profondément sous le toit de l'orbite ; on ne trouve nulle part avec évidence d'os dénudé : de la plaie s'écoule beaucoup de sang, mais pas de pus.

Un tamponnement à la gaze iodoformée et un pansement humide sont appliqués après l'examen. La température vespérale fut, le 17 août, de 39° 5,

18 août. — Il s'est formé un ectropion de la paupière supérieure qui ne se laisse pas réduire. On ne constate aucune suppuration dans le fond de la plaie ; mais le sang s'écoule abondamment ; la cornée est à peine plus trouble.

19 août. — La température s'élève le matin à 38° 9. La tension et le gonflement de la paupière supérieure sont plus forts. La cornée présente une infiltration purulente au niveau de son bord inférieur. On débride largement en dehors la plaie de la paupière supérieure au bistouri : on met ainsi à nu beaucoup de tissus nécrosés ; mais il n'existe pas de foyer purulent, circonscrit. Tamponnement à la gaze iodoformée et pansement humide ; température vespérale. 40°, 1

20 août. — Le pansement est fortement traversé. La conjonctive de la paupière supérieure est fortement œdématiée et nécrosée à sa surface ; la cornée est mate et colorée en brun foncé. Dans la plaie, pas de sécrétion purulente ; mais on y trouve de nombreux lambeaux de

tissus nécrosés, imbibés de sang. Après l'enlèvement du tampon, il se produit une forte hémorragie. Le sang est aqueux et ne se coagule pas. Quoique, dans son ensemble, le gonflement soit plus accentué et le bulbe paraisse plus exophtalme, à cause de l'absence de gonflement inflammatoire et de la tout à fait légère participation de la paupière inférieure il ne paraît cependant exister ni abcès, ni phlegmon, et on a beaucoup plus l'impression que la tuméfaction est provoquée par la forte hémorragie interstitielle du tissu. Pansement à l'iodoforme. Vers trois heures de l'après-midi, le pansement est déjà de nouveau fortement imbibé de sang tout à fait aqueux et ne se coagulant pas du tout ; on le change. Une tentative de fermer les paupières ne réussit pas à cause de la raideur absolue de la paupière supérieure, L'hémorragie est arrêtée après une demi-heure d'application de perchlorure de fer. L'enfant est très anémiée et ne prend que des liquides. La température vespérale est encore élevée, 39°,5, cependant elle plus basse que la veille.

21 août. — Le pansement est moins imbibé de sang que précédemment : la température du matin est plus élevée que celle de la veille (39°,1). Depuis la veille au soir la plaie de la paupière supérieure a été fortement comprimée ; il en sort un tissu spongieux, rouge brunâtre. Avec la sonde, il est facile d'enlever des lambeaux nécrosés, ainsi que de la conjonctive palpébrale. Le bulbe, dont la protrusion augmente, est repoussé en bas : sa tension n'est pas augmentée. Quelques lambeaux de conjonctive ainsi que de tissu de granulations sont prélevés pour être examinés au microscope. Dans des préparations faites par discision, on trouve de nombreux cocci, vraisemblablement des staphylocoques.

L'état général de l'enfant est meilleur dans son ensemble ; la fillette paraît moins anémiée que la veille : elle prend du lait avec de la sonde, du vin avec un œuf. Pour ne pas provoquer à nouveau l'hémorragie, il faut renoncer à toute intervention opératoire. Pansement au perchlorure de fer. A cinq heures et demie de l'après-midi, le pansement est fortement imbibé par un liquide plus séreux que sanguin. La bande et l'ouate ne sont nulle part accolées. A l'enlèvement du pansement, une masse de tissu situé dans la plaie, chasse rapidement l'œil. Ce tissu donne l'impression d'une tumeur ferme et de forme

ronde. De cette masse de tissu suinte, en plusieurs endroits, du sang aqueux. La conjonctive de la paupière supérieure paraît plus tuméfiée. Le bulbe, repoussé jusqu'à la commissure des lèvres, est perforé au-dessous et en arrière du limbe cornéen. De cet orifice sort un caillot sanguin. On tente de scarifier au thermocautère les endroits qui saignent dans la masse de tissu de la paupière supérieure. Pansement au perchlorure de fer : extrait de Denzel, une cuillerée d'une potion à l'extrait de seigle ergoté (2 pour 150) est administrée toutes les deux heures. Température vespérale : 40°. Peu de temps après, le pansement est encore tout imbibé de sang et l'enfant s'anémie à vue d'œil ; à 9 heures du soir, on fait de chaque côté de la poitrine une injection d'environ 250 gr. d'une solution salée de gélatine à 2 0/0. Quand on change le pansement, la tumeur paraît s'accroître rapidement de façon alarmante. Le bulbe est encore plus refoulé en bas. On place alors un pansement avec de l'ouate ordinaire.

22 août. — Le pansement est bientôt traversé à nouveau. L'enfant est très agitée pendant la nuit. Le matin, la température est de 39°,2. L'enfant est anémiée au plus haut point. Le pouls est fréquent, petit. On fait absorber un peu de nourriture. Vomissements. On fait une injection d'ergotine Denzel. Les tours de bande sont peu accolés ensemble, en aucun lieu il n'y a de caillots. Sous le pansement, la tumeur paraît nettement plus petite que la veille. La masse de tissus située dans la plaie supérieure a des contours arrondis, si bien qu'elle peut être enlevée à la pince. Le bulbe s'est vidé.

On fait un tamponnement au perchlorure de fer et, toutes les trois heures, une injection camphrée. A 5 heures de l'après-midi, le pansement est traversé par le sang. L'enfant a vomi plusieurs fois. On donne surtout des lavements nutritifs. La tumeur régresse considérablement. On fait un pansement au perchlorure de fer. On fait alors une seconde injection de 250 gr. d'une solution salée de gélatine. La première quantité de liquide injecté s'est résorbée sans produire ni infiltration, ni hémorragie par l'orifice d'entrée de l'aiguille. Cette fois-ci encore il ne se produit pas d'hémorragie. Le soir on injecte encore une seringue d'huile camphrée.

23 août. — L'enfant a passé une nuit très agitée ; elle a presque tout vomi ce qu'elle avait pris, avec quelques caillots sanguins rouges ; elle

a eu trois selles diarrhéiques, en partie sanguinolentes. La plus grande partie d'un lavement nutritif est évacuée demi-heure après. Pouls et respiration très fréquents ; pouls 150. Une fois pendant la nuit, l'enfant a eu des contractions cloniques des extrémités. Elle perd sa connaissance. La température atteint 39°7. On fait une injection d'huile camphrée. Quand on enlève le pansement, l'étoffe est imbibée de sang, cependant moins que les jours précédents. Le sang est encore très séreux et ne se coagule pas. Dans la plaie, il y a des tissus nécrosés. L'hémorragie n'existe à peine plus. On injecte environ 120 grammes de sérum salé physiologique. On donne enfin un lavement nutritif.

A quatre heures de l'après-midi se produisent de nouveau des vomissements manifestement cérébraux, après l'absorption d'un peu de thé léger et de lait ; le lavement nutritif est rendu après un quart d'heure. L'enfant est sans connaissance, la respiration et le pouls sont précipités. La pupille de l'œil gauche est perpétuellement mobile ; très dilatée et moyennement dilatée. Il existe des contractions cloniques presque continues des bras.

On fait une injection d'huile camphrée. A 10 heures du soir, le pansement est un peu imbibé de sang. L'enfant ne garde plus les lavements nutritifs ou de sérum salé, et elle vomit tout ce qu'elle prend. Le pouls est à peine sensible ; la respiration est précipitée, pénible : 68 inspirations à la minute. Température 41°. L'enfant n'a pas de connaissance ; le réflexe cornéen n'existe plus ; la pupille est dilatée. Mort à 10 heures trois quart.

Diagnostic clinique. Plaie pénétrant profondément dans l'orbite au niveau du rebord orbitaire supérieur droit. Hémorragie de l'orbite avec exophtalmie. Nécrose des tissus orbitaires. Nécrose de la cornée. Hémophilie.

Autopsie (Résumée). — On constate une anémie profonde ; ecchymoses multiples du cerveau. Dans l'orbite droite, il existe une masse de tissu granuleux, en voie de nécrose et de suppuration.

OBSERVATION XVII (Résumée)

Brown Pusey (Arch. of Opt. 1902.)

A. B..., âgé de vingt-huit ans, entre à l'hôpital pour des symptômes inflammatoires du segment antérieur de l'œil droit, causés par une exophtalmie. Le malade raconte qu'un mois auparavant environ il reçut un coup de poing à la tempe droite, à la suite de quoi apparut la protrusion de l'œil.

Etat actuel. — O. D. : les paupières sont gonflées et œdémateuses, exophtalmie considérable. injection conjonctivale, cornée légèrement trouble au niveau de la partie inférieure. Pas de lésions ophtalmoscopiques. Légère douleur. V = 20/70. Traitement : repos au lit, atropine, bandeau protecteur.

L'exophtalmie restant stationnaire, incision exploratrice dans les tissus rétro-oculaires, après détachement du droit externe. Cette intervention est suivie d'une aggravation de tous les symptômes oculaires : la cornée se nécrose et se perfore, laissant échapper le contenu de l'œil. Bandeau compressif.

La plaie opératoire se cicatrise quelques semaines après et le gonflement disparaît. Le malade était hémophile, ce dont on ne s'était pas douté avant l'opération, à cause de la difficulté de se renseigner sur ses antécédents.

CHAPITRE V

Accidents opératoires.

Les hémorragies, parfois très graves, qui surviennent à la suite d'interventions chirurgicales, sont d'autant plus utiles à connaître, que souvent l'opérateur ignore l'hémophilie chez son sujet.

Il semblerait qu'on dût observer ces hémorragies à la suite d'opérations de *cataracte*. Les auteurs citent l'hémophilie comme une des causes de ce grave accident. Mais, il est probable que c'est là une simple vue de l'esprit, car, après une enquête très sérieuse, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucune observation d'hémorragie expulsive chez des hémophiles.

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas d'hémorragie grave après l'iridectomie et une autre après l'amputation du segment antérieur de l'œil.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

Zirm (Centralblatt f. Augenheilkunde 1900.)

Après une iridectomie aux deux yeux dans un cas de glaucome inflammatoire chronique, Zirm observa une légère hémorragie dans la chambre antérieure des deux yeux, mais à partir du quatrième jour

et pendant douze jours consécutifs le sang s'écoula lentement au travers de la plaie; le cristallin est expulsé en fragments et le résultat fut l'atrophie des deux yeux. Le malade eut aussi pendant son séjour à l'hôpital des hémorragies nasales abondantes et, sur la poitrine, le ventre et le dos, de nombreuses pétéchies sous-cutanées.

OBSERVATION XIX

Fano. (*Courrier médical* 1881)

Lucie J..., âgée de onze ans et demi, forte relativement à son âge, douée de beaucoup d'embonpoint, est envoyée à l'Institut ophtalmologique par le docteur Anselmier. Les parents nous racontent que le 29 janvier dernier leur fille a été frappée à l'œil gauche par un fragment de vase en terre ; cette blessure a été suivie d'une injection du blanc de l'œil. Cette injection a persisté pendant deux mois, et la vision a été promptement abolie.

A l'âge de huit ans, la jeune fille a été atteinte d'une fluxion de poitrine. La mère est phtisique. Le père a été atteint, à l'âge de vingt-quatre ans, d'un furoncle à la fesse ; une incision faite à la petite tumeur a saigné pendant huit jours. L'avulsion d'une dent, faite au même sujet, un an auparavant, a provoqué une hémorragie qui a duré trois jours. L'oncle paternel de l'enfant a eu une hémorragie pendant dix-neuf jours, consécutivement aussi à l'arrachement d'une dent.

Lorsque la jeune fille me fut présentée, en avril dernier, l'œil gauche était notablement diminué de volume ; la pupille remplie d'une opacité blanc jaunâtre dont on distinguait difficilement les limites, même par l'éclairage latéral de la lampe, avec le contour de l'ouverture iridienne. La conjonction scléroticale ne présentait plus la moindre injection ; la vision était réduite à différencier la lumière des ténèbres. L'œil droit est sain.

Plusieurs médications locales n'ayant pas donné la moindre amélioration, je proposai aux parents de faire l'ablation du segment antérieur

de l'organe, pour obtenir l'atrophie de ce dernier et appliquer ultérieurement une pièce artificielle. Cette proposition ayant été acceptée, l'opération est exécutée, sans accident, le 1^{er} juin. Je réunis les lèvres de la plaie scléroticale par un fil de catgut. Pas d'hémorragie immédiatement après; application permanente de compresses imbibées d'eau fraîche sur les paupières.

L'examen de la partie enlevée fait reconnaître que l'iris est sain et que la pupille est remplie par une cornée de nouvelle formation, sans aucune adhérence avec la cornée normale. Cette cornée de production récente donnait à la pupille la coloration insolite dont il a été question précédemment.

Dans la nuit du 5 au 6 juin, quatre jours et demi après l'opération, se déclare une hémorragie en nappe que mon chef de clinique cherche, sans résultat, à arrêter par une compression exercée directement sur les paupières. L'hémorragie continue toute la journée jusqu'à onze heures du soir; je l'arrête sur-le-champ par le tamponnement de l'orbite avec des boulettes de coton phéniqué, que je retire au bout de trente-six heures.

Le 9, dans l'après-midi, il se produit un nouveau suintement sanguin qui exige un tamponnement de l'orbite. Ce tamponnement est insuffisant pour arrêter l'hémorragie. Le soir, le tamponnement est renouvelé.

Le lendemain matin, j'enlève le pansement, pour me rendre compte du point de départ de l'hémorragie; je constate que le sang provient de la surface même du moignon oculaire. La choroïde se montre entre les lèvres de la plaie scléroticale. Nouveau tamponnement de l'orbite.

Le 11, dans la matinée, nouvelle hémorragie, nécessitant l'enlèvement de l'appareil et un nouveau tamponnement. Le lendemain, l'hémorragie reparaît à cinq heures du matin. Tamponnement et vin ferrugineux tonique administré à l'intérieur.

Le 14, à quatre heures du matin, nouvelle hémorragie, arrêtée par le tamponnement. Le moignon a considérablement augmenté de volume. Dans l'après-midi, à la suite de colère et de pleurs, l'hémorragie reparaît.

Le 15, dans l'après-midi, nouvel écoulement sanguin (septième), arrêté rapidement par un tamponnement avec quelques boulettes de

coton phéniqué. A partir de ce moment, les hémorragies ne se renouvelèrent plus. La plaie du moignon fournit pendant une huitaine de jours une suppuration sanieuse, puis une suppuration plus louable. Le moignon lui-même diminua progressivement de volume et, dans les premiers jours d'août, il fut possible d'adapter une pièce artificielle, bien supportée.

OBSERVATION XX (Résumée)

Vanneman (*Soc. belge d'ophth.*, 1903).

L'auteur rappelle l'histoire d'un petit garçon hémophile auquel il avait fait l'énucléation et dont la plaie saignait continuellement. L'hémorragie ne cessa que par l'emploi de l'extrait de Quinquina à haute dose. Il fit absorber ce médicament avec de l'électuaire de miel, sur du pain en guise de confiture. Actuellement, cet enfant est devenu un jeune homme, qui saigne abondamment à chaque coupure.

La ténotomie, cette opération si bénigne, a été cause d'accidents qui faillirent être mortels, dans un cas.

OBSERVATION XXI (Résumée)

Lane (*The Lancet*, I, 1840).

George F..., âgé de onze ans, fut opéré de strabisme; un quart d'heure après l'opération, se produisit une hémorragie violente de l'œil, pour laquelle je fus appelé : j'appris alors que cet enfant était sujet à de graves hémorragies; à 6 ans, on avait dû l'hospitaliser pour une hémorragie consécutive à une avulsion dentaire; il y a six mois, le même fait se reproduisit; récemment, il avait eu une hémorragie très forte à la suite d'une coupure du doigt et quelques jours après une affection du genou; pour cette dernière, on appliqua des sangsues et il fut très difficile d'arrêter le sang.

Dans le cas actuel, l'hémorragie dura six jours, en dépit de tous les traitements usuels ; l'enfant devint très anémié, le pouls à peine sensible et les bruits du cœur avaient presque disparu. Dès le quatrième jour, intolérance gastrique, la prostration est extrême. Le cinquième jour, état syncopal, contracture des muscles. Le sixième jour, l'état est si alarmant que je suis obligé de pratiquer la transfusion du sang. L'état général se releva, mais l'enfant mit longtemps à se rétablir.

OBSERVATION XXII (Résumée)

Bérard (*Dict. de Médecine*, XXVIII. 1844).

A la suite d'une ténotomie pratiquée pour un strabisme, chez un enfant, il se produisit une hémorragie très abondante qui se répandit sous la conjonctive et dans l'orbite. On apprit alors que cet enfant saignait abondamment à la moindre coupure et était sujet à des épistaxis graves.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Ottava (*Pest. medicinisch-chirurgische Presse*, 1893).

A la suite d'une ténotomie pratiquée à l'œil gauche chez un hémophile, il se produisit une hémorragie très abondante sous la peau des paupières, sous la conjonctive et dans l'orbite. Il existait une exophtalmie considérable ; la protrusion atteignait deux centimètres. La cornée ne tarda pas à s'ulcérer.

L'incision d'un chalazion peut aussi produire de très graves hémorragies qui sont absolument sans aucun rapport avec la bénignité habituelle de l'opération.

OBSERVATION XXIV (Traduction personnelle).

Chisolm (*Medical Record* N. Y. XLIV, 1893)

Mulâtre, âgé de trente-cinq ans, bien développé, pesant 178 livres, se présente pour une petite tumeur indolente de la paupière inférieure droite, pour laquelle on porta le diagnostic de kyste tarsien. Nous ponctionnâmes le kyste : le contenu fut exprimé et la paroi curettée. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang et nous renvoyâmes le malade en lui recommandant de revenir quelques jours après. Nous prescrivîmes des lotions oculaires avec un astringent antiseptique. Quatre jours après l'opération, il revint avec une hémorragie profuse : l'œil était recouvert par des mouchoirs, qui étaient absolument imbibés de sang. C'était, disait-il, la quatrième hémorragie depuis l'opération : la première avait eu lieu l'après-midi du second jour, la seconde pendant la nuit suivante et la troisième le lendemain matin. Cette dernière dura plusieurs heures avant de s'arrêter spontanément : les autres avaient été arrêtées par l'application d'eau chaude. Ces hémorragies s'étaient déclarées spontanément, sans causes provocatrices et étaient assez abondantes pour mouiller deux à trois mouchoirs. Le malade estimait, que pendant la nuit, il avait au moins perdu une pinte de sang.

L'examen montra que les hémorragies se faisaient au niveau du point d'incision du kyste. Nous cautérisâmes d'abord la plaie au galvano-cautère, dans l'espoir d'arrêter l'hémorragie : mais le sang continuant à couler, nous dûmes avoir recours à une pince à forcipressure. Nous fîmes un point de suture profond à travers la plaie et on serra fortement le fil, ce qui arrêta définitivement l'hémorragie.

En interrogeant le malade, nous apprîmes qu'à la suite de l'avulsion de deux dents, il avait eu une telle hémorragie, qu'un médecin dût être appelé pour l'arrêter. Trois jours après la suture, la plaie cicatrissait.

OBSERVATION XXV

Carra (Congrès de la Soc. Franç. d'Opht. 1903)

En janvier 1903, hôpital Beaujon, service du professeur Debove, Madame P. M..., concierge à Paris, âgée de cinquante-six ans, vient nous consulter pour un chalazion moyen et exulcéré de la paupière inférieure, œil gauche.

Sa mère, morte lors de son retour d'âge, a eu douze grossesses; dix de ses enfants sont morts en bas âge de méningite et convulsions.

La malade, lors de sa seconde dentition, présenta des hémorragies des gencives à chaque chute des dents; à onze ans les règles apparaissent abondantes et de longue durée. Même année, épistaxis violente; à dix-neuf ans, hémorragie grave, ayant entraîné trois mois de séjour au lit.

Mariage à vingt-neuf ans, malgré l'avis des médecins. Trois grossesses: la première est normale; hémorragie, neuvième jour après les couches. Dans la seconde, fausse couche à deux mois, suivie de métorrhagie. La troisième est menée à terme, mais les épistaxis apparaissent au quatrième mois, sont fréquentes et abondantes. L'accouchement fut des plus laborieux, à l'hôpital Laënnec; pertes sanguines des plus abondantes: la malade mit dix-huit mois à se rétablir.

A trente-cinq ans, hémorragie grave de la gencive à la suite d'une extraction dentaire; même accident et de même cause un an après.

Actuellement la malade est bien portante: face congestionnée, corps lourd et obèse; jambes couvertes de larges varices; hernie ombilicale volumineuse, foie douloureux à la pression, cœur hypertrophié, souffle à la pointe.

Urines normales; le sang a une densité de 1061; à la température ambiante, il met deux heures et demie à coaguler. La couronne fibrineuse supérieure est mince et fragile. Globules rouges: 2255000; ils sont petits et nains (Poikilocytose); richesse hémoglobique — 3,9; la résistance globulaire paraît au-dessous de la normale. Les globules blancs

sont nombreux : 1015 = leucocytose. Le sérum, de densité de 1023, est abondant, blanc, laiteux. Le pouvoir globulicide ou hémolytique est nul vis-à-vis des globules humains. Aucun bacille, aucun microbe ou hématozoaire.

Sur les désirs pressants de la malade, elle est opérée séance tenante (pince de Desmarres, bistouri, curette); pansement abondant et compressif vu l'abondance du saignement palpébral, et la malade est congédiée. Elle nous revient une demi-heure après; le pansement, le visage, les vêtements sont inondés de sang; seule la pince à forcipressure peut arrêter l'hémorragie; antipyrine, perchlorure de fer, eau oxygénée appliqués localement n'ayant rien empêché. La pince est enlevée une demi-heure après; pansement compressif méthodique et repos absolu; boissons acides, sulfate de quinine, confiture de groseille gélatinée; trois lavements par jour de sérum gélatiné (10 ‰). Au troisième jour, la malade défait brutalement son pansement; récidive; même application de pince et même pansement. La malade, très affaiblie par cette rechute, finit par cicatriser sa plaie palpébrale et met un mois et demi à se rétablir définitivement.

Nous rappellerons l'accident qui arriva à Priestley-Smith (Obs. XV); chez le malade qui présentait une hémorragie de l'orbite, l'auteur, pour combattre la compression du globe exophtalme fit une canthotomie qui provoqua un saignement très considérable. Nous trouvons aussi dans l'observation de Lane (Obs. XXI) la mention d'un accident qu'on constate fréquemment chez les hémophiles : des morsures de sangsues provoquèrent une hémorragie qu'il fut très difficile d'arrêter. Une mésaventure semblable arriva à Wagenmann, à la suite d'une ventouse Heurteloup (Obs. II).

Nous publions enfin l'observation inédite qu'a bien voulu nous confier M. le Dr Ch. Lafon, chef de clinique du Professeur Badal. Chez le malade qui en fait le sujet, on observa une hémorragie très persistante à la suite de l'arrachement du nerf nasal externe. On sait en quoi consiste l'opération de Badal : l'arrachement du nerf se fait par une incision de 1 à 2 cm. de long au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite.

OBSERVATION XXVI (Inédite) (1)

Due à l'obligeance du Dr Ch. Lafon

Le nommé P., âgé de trente ans, dont l'histoire a été rapportée par M. le Professeur agrégé Lagrange (Obs. IV) se présente à nouveau à la consultation le 20 janvier 1900, pour son œil droit. Il a de l'hypohéma et sa pupille est obstruée par une épaisse fausse membrane, suite d'irido-choroïdite. Sur les conseils du Professeur Badal, le malade est hospitalisé et on pratique une iritomie; la section de la conjonctive et de l'iris saigna beaucoup; mais la cicatrisation fut normale. A sa sortie, la vision de l'œil droit était nulle.

Pendant cinq ans, P., ne souffrit pas de son œil droit. Dans la nuit du 3 janvier 1906, il fut brusquement réveillé par des douleurs lancinantes très vives siégeant dans l'œil droit. Il se présente à la consultation le 6 janvier; nous constatons que la chambre antérieure est complètement remplie de sang: l'œil droit est dur ($T + I$). Le malade est hospitalisé et nous pratiquons une paracenthèse; il s'écoule de la chambre antérieure un liquide sanglant très fluide et il n'y a pas de caillot; l'iris apparaît alors décoloré et atrophié: il existe une occlusion complète de la pupille.

Le lendemain l'hypohéma s'était reformé aussi abondant que la veille, l'œil était dur et les douleurs vives.

Pour des raisons que nous n'avons pu découvrir, le malade nous avait caché son histoire: il savait notamment qu'il était hémophile; peut-être craignait-il que cette affection nous fit renoncer à tenter une intervention qui l'aurait soulagé. Quoi qu'il en soit, avant de se résoudre à une énucléation, le Professeur Badal pensa qu'il fallait essayer de combattre cette poussée de glaucome secondaire. Le 9 février, il fit l'arrachement du nasal externe. Cette petite opération se passa sans incidents. Deux jours après, quand on voulut enlever le premier

(1) Cette observation est la suite de l'observation IV.

pansement, on remarqua que la plaie n'avait aucune tendance à cicatriser et qu'elle continuait à saigner. Huit jours après l'intervention, l'hémorragie continuait toujours. Soupçonnant alors quelque dyscrasie, nous fîmes un examen somatique complet, qui fut négatif, notamment les urines étaient normales.

Nous demandons à M. le Professeur agrégé Sabrazès de pratiquer l'examen du sang, en voici le résultat :

Hémoglobine.....	108 0/0
Globules rouges.....	5.766.000 par m. m. c.
Globules blancs.....	6.820 par m. m. c.

Rapport des globules blancs aux plaquettes sanguines, 1/13

Formule leucocytaire :

Polynucléés neutrophiles.	63,5 0/0
Lymphocytes.....	21,3 »
Mononucléés.....	8,8 »
Eosinophiles.....	1,1 »
Mastzellen.....	1,4 »
Formes de transition	3,6 »
Myélocytes neutrophiles...	0,20 »

Pas de globules rouges nucléés ; pas d'hématies à granulations basophiles, pas de polychromatiques, pas de poikilocytes, pas de réaction iodophile.

La coagulation du sang (1) commence après 27 minutes et 35 minutes après, le caillot n'est encore que filiforme.

Le caillot se rétracte lentement ; le sérum exsudé est jaune : pas de coagulation plasmatique.

(1) Le temps de coagulation du sang a été mesuré, à la température constante de 18°5, suivant le procédé de M. le professeur Sabrazès. Rappelons que dans ces conditions le temps normal de coagulation est de 9 à 10 minutes (Geneuil, thèse de Bordeaux, 1905-1906).

Le diagnostic d'hémophilie s'imposait. En outre, M. le professeur agrégé Sabrazès reconnut notre malade pour avoir examiné son sang en 1898, à la demande de M. le professeur agrégé Lagrange. Se voyant découvert, P... ne fit alors aucune difficulté pour nous raconter sa longue histoire.

Les diverses poudres ou matières inertes employées (amadou, pengawhar, etc...), arrêtaient momentanément le sang, mais quand le caillot tombait, l'hémorragie recommençait. Le perchlorure de fer ne nous fut d'aucune utilité : seules les cautérisations ignées nous ont donné quelques résultats. A l'intérieur nous prescrivîmes du chlorure de calcium.

Le 25 février le malade sort de l'hôpital sur sa demande : sa plaie bourgeonne, mais suinte encore légèrement ; il s'écoule constamment un peu de sérosité rosée ; ce n'est qu'un mois environ après sa sortie que la plaie cicatrisa.

L'arrachement du nasal avait fait disparaître l'hypertension oculaire et les douleurs. Quand le malade sortit de l'hôpital, il n'y avait plus de sang dans la chambre antérieure ; la tension oculaire était abaissée (T. — 2). L'œil malade est en voie d'atrophie.

Détail à noter : la piqûre faite au lobule de l'oreille par M. Sabrazès, pour récolter le sang nécessaire à son examen, a saigné pendant une quinzaine de jours.

La dernière fois que nous vîmes P..., pour éviter les ennuis que nous avions eus, nous lui conseillâmes vivement de toujours avertir de son hémophilie les médecins qui seraient appelés plus tard à lui donner des soins.

CHAPITRE VI

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement

Nous ignorons à peu près tout de l'*anatomie pathologique* de l'hémophilie. Cependant Rœmer a publié l'examen anatomique d'un œil hémophtalme chez un hémophile héréditaire : les parois vasculaires paraissaient normales ; on trouvait des hémorragies nombreuses venues de l'iris et du corps ciliaire. Il existait enfin une excavation glaucomateuse.

Il est difficile de tracer un tableau d'ensemble de la *symptomatologie* des accidents traumatiques ou spontanés de l'œil et de ses annexes. Les symptômes que l'on observe varient beaucoup suivant l'âge des sujets, le lieu et l'abondance de l'épanchement sanguin. Du reste, les observations, quelques-unes très détaillées, que nous avons reproduites plus haut, nous dispenseront d'en dire plus long sur la symptomatologie.

Nous nous étendrons plus longtemps sur l'étude du *diagnostic* de l'hémophilie.

Lorsque l'on se trouve en présence d'une hémorragie spontanée ou traumatique, il est relativement facile d'en faire le diagnostic par exclusion ; quand l'examen somatique du malade est négatif, quand on a éliminé toutes les diathèses hémorragipares, on en arrive à se demander si l'hémophilie n'est pas en jeu. Déjà l'interrogatoire du malade aura sou-

vent mis sur la voie du diagnostic. Le doute ne sera plus possible après l'examen de la coagulation sanguine du malade.

Les méthodes pour l'étude de la coagulation sanguine sont nombreuses et les procédés sont différents, ce qui explique la diversité des résultats obtenus. Nous nous contenterons de parler ici de la méthode du professeur agrégé Sabrazès, qui a récemment été exposée par Geneuil dans sa thèse inaugurale. C'est celle qui, de beaucoup, nous paraît la plus simple et la plus pratique. On recueille le sang du sujet, obtenu par une piqûre au lobule de l'oreille, dans des tubes de verre capillaires. On dispose ensuite ces tubes sous une cloche de verre que l'on maintient à la température constante de 18°5. On agite de temps à autre ces tubes jusqu'au moment où la colonne sanguine n'est plus mobile ; en les cassant, on s'aperçoit alors, qu'il existe un caillot filiforme à l'intérieur. L'espace de temps compris entre la prise de sang et le début de la coagulation est à peu près constant chez les individus sains ; il oscille entre 9 et 10 minutes. Chez les hémophiles, le retard de coagulation peut être considérable ; c'est ainsi que chez le malade que nous avons observé, le temps de coagulation atteignait une demi-heure.

On étudiera, en outre, la rétraction du caillot sanguin ; pour cela, il suffit de recueillir, dans une pipette de Pasteur, du sang provenant de la piqûre du lobe auriculaire. On scelle l'extrémité de la pipette et on l'abandonne dans la position verticale. Le sang se coagule d'abord en masse, puis, un certain temps après, ce caillot se rétracte et il flotte dans du sérum. Chez les hémophiles, il existe un retard considérable dans la rétraction du caillot et le sérum exsudé est souvent teinté de jaune par l'hémoglobine dissoute.

Mais le diagnostic de l'hémophilie devient très difficile et n'est pas fait, le plus souvent, lorsque le malade vient trouver le chirurgien pour une affection banale qui nécessite une légère intervention sanglante. Bien rares sont les cas où le malade connaît son état et où il est assez intelligent pour prévenir le chirurgien. Ainsi qu'on a pu le voir dans les observations que

nous avons relatées, le diagnostic d'hémophilie ne fut porté qu'après l'opération.

En dehors de la gravité que comporte l'hémophilie en elle-même, le *pronostic* des accidents oculaires est toujours sérieux. Dans les observations qui précèdent, il y a plusieurs cas de mort, intéressant des nouveau-nés ou des jeunes sujets. Quant au pronostic pour l'œil lui-même, il varie suivant la région où se fait l'hémorragie. Quand les annexes de l'œil sont intéressées, on peut observer la «*restitutio ad integrum*»; cependant, les hémorragies de l'orbite sont souvent sérieuses; outre les cas qui entraînent la cécité par atrophie du nerf optique, l'exophtalmie très prononcée provoque souvent des troubles cornéens graves, la nécrose et la fonte de cette membrane. Les hémorragies intra-oculaires ont aussi pour conséquence presque fatale la cécité; bien rares sont les cas où le sang peut se résorber et où le malade récupère un faible degré de vision.

Le *traitement* local des accidents oculaires de l'hémophilie est très restreint; il est surtout symptomatique et varie suivant les cas.

Quand l'hémorragie est interstitielle, on doit se borner à la compression. Quand, au contraire, le sang s'écoule au dehors, on fera bien de ne pas s'attarder, pour l'arrêter, à essayer les innombrables hémostatiques qui ont été proposés. Le seul moyen qui nous paraisse avoir quelque valeur est le pansement au sérum gélatiné stérilisé; on ne renouvellera ce pansement que le plus rarement possible.

C'est surtout par la médication interne qu'on obtiendra les meilleurs résultats. Ici encore le nombre des méthodes qui ont été prônées est considérable; on a vanté tour à tour le tannin, l'essence de térébenthine, l'acétate de plomb, l'ergotine, le perchlorure de fer, etc..., Vanneman a obtenu de bons résultats en employant le quinquina à haute dose et longtemps prolongé. Le sulfate de soude, recommandé par Reverdin à la dose de 0 gr. 10 toutes les deux heures, a donné de bons résultats. Dejage et Combemale ont employé empirique-

ment la médication thyroïdienne. Mais c'est le chlorure de calcium qui nous a paru donner les meilleurs résultats. On prescrit ce médicament à la dose de 4 grammes par jour environ en trois prises. C'est à Carnot que nous devons cette méthode ; il recommande de ne pas le prescrire dans du lait, car la caséine serait coagulée ; en outre il déconseille la voie sous-cutanée qui est douloureuse et la voie intra-veineuse à cause de la coagulation possible.

Tous les auteurs déconseillent les interventions chirurgicales à moins d'indications formelles. Si cependant on était obligé d'opérer, il serait bon d'instituer une médication préventive en faisant absorber au malade du chlorure de calcium. En outre, on pourrait enrichir le sang en cytase (ferment coagulant) suivant la méthode qu'a récemment préconisée Emile-Weil. Cet auteur a injecté par la voie intra-veineuse du sérum humain à la dose de 10 cc. : il obtient ainsi une cessation de l'état hémophile du sang ; la coagulation devient à peu près normale et les hémorragies cessent spontanément. Mais la guérison n'est que momentanée et dure à peu près dix jours ; puis l'hémophilie reparait peu à peu et au bout de la cinquième semaine les effets de l'injection ont complètement disparu. On obtient le même résultat, mais moins intense, avec du sérum de bœuf injecté à la dose de 15 cc.

CONCLUSIONS

Les manifestations oculaires de l'hémophilie sont heureusement rares ; elles peuvent intéresser l'œil lui-même ou ses annexes (paupières, conjonctive, orbite). Elles sont spontanées, traumatiques, accidentelles ou post-opératoires. Ces dernières, sont de beaucoup plus intéressantes et c'est elles que le chirurgien doit le mieux connaître.

Si un malade présente une affection oculaire nécessitant une intervention chirurgicale, il faudra tout mettre en œuvre pour dépister l'hémophilie, lorsqu'on la soupçonnera. L'étude de la coagulation du sang, si on peut la pratiquer, suffira pour qu'on puisse affirmer l'hémophilie. On n'interviendra que si l'opération est indispensable et on la fera précéder d'une cure de chlorure de calcium et d'une injection intra-veineuse de sérum humain ou bovin. Enfin, il sera prudent d'avertir le malade de la possibilité d'une hémorragie post-opératoire et de le surveiller jusqu'à complète cicatrisation.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

BADAL.

Vu :

Le Doyen,

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 10 Décembre 1906.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

R. THAMIN

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABBE. — *Ann. of Opht.*, Saint-Louis, VIII, 1899.
- BERARD. — *Dict. de Méd.*, XXVIII, 1844.
- BERGER. — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale, 1892.
- BERGER (in Lagrange et Valude). — *Encycl. franç. d'Opht.*, IV, 1905.
- DE BOVIS. — *Semaine médicale*, 1905.
- BROWN-PUSEY. — *Arch. of opht.*, 1902.
- CARRA. — *Bull. et Mem. de la Soc. franç. d'Opht.*, 1903.
- CHISOLM. — *Medical record*, XLIV, 1893.
- DOMMARTIN. — Thèse de Paris, 1902-03.
- EMILE-WEIL. — Comptes rendus de l'Ac. des Sciences, 1905.
- EMILE-WEIL. — Soc. méd. des Hôpitaux, Paris, 1906.
- ETLINGER. — *Jahr. für Kinderheilk.*, 1901.
- EVERSBUSCH (in Pentzoldt et Stintzing). — *Handbuch des speciellen, Therapie innerer Krankheiten*, V.
- FANO. — *Courrier Médical*, XXXI, 1881.
- FOUCHERAND. — *Revue de Médecine*, 1881.
- GAVAY. — Thèse de Strasbourg, 1861.
- GENEUIL. — Thèse de Bordeaux, 1905-06.
- GEPNER. — *Medycyna Warszawa*, XX, 1892.
- GRANDIDIER. — Die Hämophilie oder die Bluterkrankheit, 1855.
- HAHN. — Inaug.-Disser., Tübingen, 1900.
- HAYEM. — Du sang et de ses altérations pathologiques, 1890.

- HELFRICH. — Tr. of Homœop. méd. Soc. N.-Y., 1897.
- KNIES. — Die Beziehungen des Schorgans und seiner Erkrankungen, 1893.
- KOLSTER. — *Finska läkares. handlingen*, 1895.
- LAGRANGE. — *Bulletin Médical*, Paris, 1898.
- LANE. — *The Lancet*, 1840.
- LION (in Brouardel et Gilbert. — *Traité de Méd.* III, 1897.
- MULLER. — *Arch. für Gynäcol.*, XLIV, 1893.
- OTTAVA. — *Pest medizinische-chirurg. Presse*, 1893.
- PANAS. — *Archives d'Opht.*, 1888.
- PATTERSON. — *Therap. gaz.*, Detroit, 1890.
- PRIESTLEY-SMITH. — *Opht. Hospital report*, 1888.
- ROMER-KLINISCH. — *Monatsb. für Augenheilk.*, 1902.
- SCHMIDT-RIMPLER — Die Erkrankungen des Auges in Zusammenhang mit anderen Krankheiten, 1898.
- VALUDE. — *Ann. d'oculistique*, CXVII, 1897.
- VANNEMAN. — *Soc. belge d'opht.*, 1903.
- VIALET. — *Congrès de la Soc. franç. d'opht.*, 1895.
- WAGENMANN. — *Arch. für Opht.*, XLIV, 1897.
- WEBER. — *Arch. für Opht.*, XLIV, 1897.
- ZEHENDER. — *Handbuch der Augenheilk.*, II, 1876.
- ZIRM. — *Centralbl. für Augenheilk.*, 1899.
-

